

香川大学医学部附属病院 FAX 診療予約申込書

FAX番号 087-891-2412

(申込日 年 月 日)

希望医師名 (医師希望のある場合)	希望医師への連絡
医師	済・未
希望受診日	
<input type="checkbox"/> 第1希望 月 日 曜日 (時頃) <input type="checkbox"/> 第2希望 月 日 曜日 (時頃) <input type="checkbox"/> 貴院医師がいつまでの受診希望か (迄) <input type="checkbox"/> その他 (曜日・期間指定、予約不可の日、等) []	

貴医療機関名	病院・医院
住所・名称	科
医師名	先生
TEL:	
FAX:	
(連絡担当者)

【希望受診科】 ※レ点をつけてください。

<input type="checkbox"/> 内分泌代謝内科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 形成外科・美容外科
<input type="checkbox"/> 血液内科	<input type="checkbox"/> 総合診療科	<input type="checkbox"/> 精神科神経科	<input type="checkbox"/> 歯・顎・口腔外科
<input type="checkbox"/> 膠原病・リウマチ内科	<input type="checkbox"/> 腫瘍内科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 麻酔・ペインクリニック科
<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 周産期科女性診療科	<input type="checkbox"/> 放射線治療科
<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 消化器外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 放射線診断科
<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器・副腎・腎移植外科	<input type="checkbox"/> 眼科
<input type="checkbox"/> 抗加齢血管内科	<input type="checkbox"/> 乳腺内分泌外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 臨床遺伝ゲノム診療科
<input type="checkbox"/> 消化器内科 (肝・膵胆・消化管)	<input type="checkbox"/> 小児外科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科・頭頸部外科	<input type="checkbox"/> 緩和ケア科
<input type="checkbox"/> 膵臓・胆道センター			

【患者情報】

フリガナ	性別	生年	大・昭	年	月	日
患者氏名	男・女	月日	平・令			
		旧姓		年齢		歳
住所	電話 (自宅)					
	携帯番号					
当院受診歴	受診の緊急性	現在の状況				
無・不明・有 (ID:)	有・無	入院中・入院中でない				

【傷病名と紹介目的等】 ※できるだけ紹介状 (診療情報提供書) を添付しての FAX 送信をお願いします。

傷病名 (疑い病名)	紹介目的と症状経過

紹介状 (診療情報提供書) を申込書に添付いただけない場合は、傷病名と紹介目的を必ずご記入ください。

検査データ等の有無 無 ・ 有 (X線 ・ CT ・ MR ・ その他)

K-MIX R 利用に係る同意書の有無 無 ・ 有

COVID-19 陽性者 疑い (症状あり) 症状なし ※FAX 送信時の症状をご記入ください。

◆ FAX 受付時間 9:00~17:00 (月~金) ※土・日、祝日・年末年始は除く
 救急患者や当日受診を希望される場合は、この様式を使用せず各診療科外来へ直接お問い合わせください。
 また、入院受入については直接担当診療科医師との相談となっております。 代表：087-898-5111
 診療科、医師名、診察日に関しましては当院の診療案内やホームページの外来診療医一覧をご覧ください。